



## CONSULTATION FORM

نموذج الاستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

### PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : SARTHAK RAKESH KUMAR

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 09-Jul-2000

تاريخ الميلاد

CARD NBR : IE1J-IJ12-C2CE-ICDE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, J01.90 - Acute sinusitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R06.7 - Sneezing

التشخيص

AETIOLOGY : Enter Aetiology

لمسببات المرضية

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

PC: Cough, pain in throat, nasal congestion, and fever.

Duration: 4 days

CLINICAL FINDINGS : CPT Code Treatment Type

النتائج السريرية

| CPT Code         | Treatment                                        | Type                 |
|------------------|--------------------------------------------------|----------------------|
| 96374            | Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug   | Co.Pay               |
| 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/lm    | Co.Pay               |
| 9                | Consultation Gp                                  | General Consultation |
| 0195-107704-0801 | CEFTRIAZONE-TABUK IV                             | Pharmacy             |
| 0005-111805-1021 | CHLOROHISTOL 10MG                                | Pharmacy             |
| 0125-122107-1022 | DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE                   | Pharmacy             |
| 0005-149902-1021 | CLOFEN                                           | Pharmacy             |
| 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr  | Co.Pay               |
| 86140            | C-Reactive Protein                               | Lab                  |
| 85025            | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count | Lab                  |

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

|                      |   |                                                           |
|----------------------|---|-----------------------------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | Enomen Goodluck                                           |
| الطبيب المعالج       |   |                                                           |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |
| المستشفى / العيادة   |   |                                                           |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up |
| نوع الاستشارة        |   | جديد المتابعة                                             |
| CONSULTATION FEES :  |   | Enter CONSULTATION FEES                                   |
| رسوم الاستشارة       |   |                                                           |

## DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



DATE: 12/01/2025

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

